



Confirmation du calendrier du Plan individualisé de services à la famille (IFSP)

Confirmation of Individualized Family Service Plan (IFSP) Schedule

OBJET: Informer par écrit le ou les parents ainsi que les autres membres de l'équipe IFSP de la date de la réunion initiale, de chaque réunion de révision et de la réunion annuelle de l'IFSP, afin de faciliter leur participation.

NOM DE L'ENFANT _____	DATE DE NAISSANCE _____	COORDONNATEUR DES RESSOURCES FAMILIALES _____
NOM DU/DES PARENT(S) _____		DATE _____

Madame, Monsieur: _____

Je souhaite confirmer la date de la réunion ou de la révision de l'équipe IFSP concernant votre enfant, dont nous avons précédemment discuté. Cette réunion a été fixée en tenant compte des disponibilités de votre famille et peut être reportée si nécessaire. Elle est prévue aux date, heure et lieu suivants :

_____ *Date*

_____ *Heure*

_____ *Lieu*

IL S'AGIRA DE L'UN DES TYPES DE RÉUNIONS SUIVANTS :

- ☐ Réunion consacrée à l'élaboration du Plan individualisé initial de services à la famille (IFSP)
- ☐ Réunion consacrée à l'élaboration du Plan individualisé annuel de services à la famille (IFSP)
- ☐ Réunion consacrée à la révision ou à l'examen du Plan individualisé de services à la famille (IFSP)
- ☐ Réunion de planification de la transition

Comme nous vous l'avons expliqué, la réunion ou la révision de l'équipe IFSP a pour objet d'échanger sur les informations relatives au développement de votre enfant et d'élaborer un plan familial comprenant les objectifs, les stratégies, les services et les mesures de soutien que l'équipe juge adaptés à votre enfant et à votre famille. Un IFSP initial doit être établi dans les 45 jours calendaires suivant l'orientation de votre enfant vers l'ESIT, sauf si vous prolongez ce délai afin de répondre aux besoins de votre famille. Par la suite, l'IFSP doit être réexaminé tous les six mois et une réunion ou une révision annuelle doit être organisée afin de l'évaluer et de le modifier si nécessaire.

Les personnes invitées qui fourniront les informations nécessaires à l'élaboration de l'IFSP sont indiquées ci-dessous. Elles ne seront pas nécessairement présentes à la réunion ou à la révision, mais transmettront des informations par écrit ou oralement. Toutes ces informations vous seront communiquées lors de la réunion ou de la révision. Vous pouvez inviter toute personne de votre choix à y participer.

NOMS (PERSONNE ET/OU ORGANISME PRESTATAIRE)	SPÉCIALITÉ

Pour toute question concernant les informations ou le calendrier ci-dessus, veuillez me/nous appeler

Cordialement,

Nom(s)/Fonction(s)

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Copie : membres de l'équipe IFSP (indiqués ci-dessus)

Remarque : les parents ont reçu une copie de ce formulaire : ☐ par courrier

☐ remise en main propre